VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 178)
z dnia 16 maja 2019 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 178)

16 maja 2019 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Rucińskiego (N)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2018 r. (druk nr 3366) w zakresie działania Komisji Zdrowia,

– zaopiniowanie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 rok.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikiem, **Andrzej Jacyna** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Piotr Wasilewski** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Mirosław Stasiak** zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej w Ministerstwie Finansów, **Andrzej Cisło** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, **Tomasz Dybek** przewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Fizjoterapeutów wraz ze współpracownikami, **Anna Kacprzyk** manager ds. Innowacji i Relacji Zewnętrznych Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, **Mariusz Kocój** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie", **Justyna Marynowska** wiceprezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, **Wiktor Masłowski** przewodniczący Komisji Zdrowia Związku Pracodawców „Business Centre Club", **Urszula Michalska** przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, **Joanna Walewander** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz **Marek Wójcik** pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Witam przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Najwyższej Izby Kontroli, Naczelnej Izby Lekarskiej oraz pozostałych gości. Witam koleżanki i kolegów posłów. Witam sekretariat.

Porządek dzienny dzisiejszego posiedzenia przewiduje dwa punkty. Pkt 1 – rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2018 r., druk nr 336, w zakresie działania Komisji Zdrowia. Referuje dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, koreferuje pani poseł Gabriela Masłowska. Pkt 2 – zaopiniowanie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2019.

Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń. Wobec niezgłoszenia wniosków do porządku dziennego, stwierdzam jego przyjęcie. Przystępujemy do rozpatrzenia 1 pkt porządku dziennego.

Zgodnie z art. 126 ust. 4 regulaminu Sejmu, Marszałek Sejmu w dniu 8 kwietnia 2019 r. skierował sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2018 r., druk nr 336, do Komisji do Spraw Kontroli Państwowej w celu zaopiniowania. Jednocześnie sprawozdanie to zostało skierowane do pozostałych Komisji sejmowych w celu rozpatrzenia w zakresie swego działania i przedstawienia uwag i wniosków Komisji do Spraw Kontroli Państwowej. Komisja Zdrowia opiniuje dla Komisji do Spraw Kontroli Pań-

stwowej merytoryczną działalność Najwyższej Izby Kontroli w zakresie działania naszej Komisji, czyli przede wszystkim współpracy z Departamentem Zdrowia.

Proszę dyrektora Departamentu Zdrowia NIK, pana Piotra Wasilewskiego, o zreferowanie sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2018 r. w zakresie współpracy izby z naszą Komisją. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Przepraszam, panie dyrektorze, proszę wszystkich państwa o zalogowanie się do systemu. Po lewej stronie, przy lewym mikrofonie jest mały token, który wystarczy zbliżyć do aparatu i jesteśmy w systemie. Dziękuję bardzo.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli Piotr Wasilewski:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, mam przyjemność przedstawić państwu, oczywiście w ogromnym skrócie, sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli za 2018 rok w zakresie właściwości Komisji. W działaniach NIK problematyka dotycząca ochrony zdrowia odgrywa istotną rolę. Podobnie jak w latach poprzednich, również w 2018 r., temat ten był jednym z dominujących w planie pracy izby na ten rok.

Poza kontrolami planowymi, podejmowaliśmy też różne kontrole doraźne, które umożliwiają szybsze reagowanie na występujące problemy, a także służą do rzetelnego przygotowania kontroli planowych w danym obszarze. Ważnym elementem były też kontrole doraźne sprawdzające, w których badamy, jak realizowane są nasze wnioski z kontroli wcześniejszych. Taką kontrolą była np. kontrola wybranych instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra zdrowia. Okazało się, że znaczna część naszych wniosków została zrealizowana, a część, niestety, jeszcze nie.

Działania podjęte w zakresie realizacji wniosków pokontrolnych przynosiły poszczególnym jednostkom wiele korzyści, także w wymiarze finansowym. Podam jeden przykład. W przypadku Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie zwróciliśmy uwagę na brak działań wobec dłużników w celu wyegzekwowania należności oraz nieopracowanie wewnętrznych procedur w zakresie windykacji należności. W efekcie kontroli NIK takie procedury zostały wprowadzone i rozpoczęto windykację przeterminowanych należności. Pismem z dnia 28 lutego br. dyrektor instytutu poinformował nas, że z tego tytułu na konto jednostki wpłynęło 213 tys. zł, a nie była to oczywiście kwota ostateczna, bo prowadzono dalsze działania w tej sprawie.

Jednak kluczowe, z punktu widzenia funkcjonowania państwa, są nasze kontrole planowe koordynowane, które pozwalają sformułować ważne wnioski systemowe i *de lege ferenda*. W sprawozdaniu z działalności wyszczególnionych zostało 16 informacji o wynikach kontroli w obszarze ochrony zdrowia, które przekazaliśmy Sejmowi w okresie sprawozdawczym. Były to m.in. tak istotne tematy, jak: profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2; opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym; zakażenia w podmiotach leczniczych; żywienie pacjentów w szpitalach; pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów; dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich; ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach czy bezpieczeństwo badań genetycznych.

Szczegółowe omówienie wszystkich tematów, łącznie ze sformułowanymi wnioskami, znajdą państwo w sprawozdaniu z działalności, w rozdziale 8 „Realizacja zadań państwa w świetle kontroli NIK". W tym miejscu wspomnę tylko pokrótce o wynikach kilku kontroli.

Wyniki kontroli NIK „Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2" wykazały, że zadania systemu ochrony zdrowia związane z zapobieganiem, wczesnym wykrywaniem oraz leczeniem cukrzycy typu 2 nie były realizowane skutecznie. Pomimo uznania cukrzycy za chorobę cywilizacyjną oraz wskazania, że jednym z priorytetów zdrowotnych ustalonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia jest przeciwdziałanie cukrzycy, działania ministra odpowiedzialnego za kształtowanie polityki zdrowotnej państwa były niewystarczające. Nie opracowano ogólnokrajowej strategii ukierunkowanej na prewencję, leczenie oraz opiekę nad osobami chorymi na cukrzycę. Do opracowania krajowych programów przeciwdziałania cukrzycy wzywa kraje członkowskie Unii Europejskiej rezolucja Parlamentu Europejskiego.

Minister zdrowia nie rozpoznał w wystarczającym stopniu potrzeb zdrowotnych ludności w badanym zakresie i nie określił liczby lekarzy diabetologów niezbędnych

do sprawowania opieki nad populacją pacjentów chorych na cukrzycę, w ograniczonym zakresie upowszechniał również edukację diabetologiczną. Minister zdrowia nie wprowadził, do czasu zakończenia kontroli, na listy leków refundowanych ani jednego leku z listy leków inkretynowych i grupy fozyn, spośród dziesięciu, które uzyskały pozytywne rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W efekcie polscy pacjenci nie mają dostępu do innowacyjnego leczenia cukrzycy typu 2. W ocenie NIK, refundacja niektórych z tych leków przez płatnika publicznego mogłaby wpłynąć na poprawę efektów leczenia, a tym samym zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań. Nadmienić należy, że leki z tych grup są refundowane w różnym stopniu w krajach Unii Europejskiej.

Z kolei, z ustaleń kontroli „Zakażenia w podmiotach leczniczych" wynikało, iż system przeciwdziałania zakażeniom wewnątrzszpitalnym był nieskuteczny, na co wskazuje wzrost liczby pacjentów z zakażeniem szpitalnym, w tym zarażonych lekoopornymi szczepami bakterii Klebsiella Pneumoniae NDM^{+}, a także wzrastająca liczba pacjentów z rozpoznaniem sepsy. Jak wykazała kontrola NIK, mimo powołania zespołów i komitetów kontroli zakażeń szpitalnych oraz formalnego wdrożenia przez kontrolowane szpitale procedur zapobiegających ich występowaniu, w badanym okresie odnotowano wzrost liczby pacjentów z zakażeniem szpitalnym o 9%, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby hospitalizowanych pacjentów ogółem o 2%. Przyczyną tego stanu było przede wszystkim nieprzestrzeganie obowiązujących procedur zapobiegających zakażeniom przez większość kontrolowanych podmiotów, a także niedostateczna liczba personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach.

W połowie 2017 r. czynnych zawodowo było tylko 110 lekarzy mikrobiologów oraz 219 epidemiologów. Wśród krajów europejskich Polska zajmuje ostatnie miejsce pod względem liczby praktykujących lekarzy specjalistów w dziedzinach związanych z mikrobiologią i bakteriologią. Brakuje również pielęgniarek posiadających specjalizacje w dziedzinach pielęgniarstwa epidemiologicznego, epidemiologii lub higieny i epidemiologii. Na koniec czerwca 2017 r. tylko 0,5% wszystkich zatrudnionych pielęgniarek spełniało kryteria kwalifikacyjne do pełnienia funkcji pielęgniarki epidemiologicznej w zespołach kontroli zakażeń szpitalnych.

Prezes NFZ podejmował działania zmierzające do poprawy leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 i ograniczenia jej powikłań. Działania te nie doprowadziły jednak do istotnej poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów diabetologicznych. Funkcjonujący w kontrolowanych szpitalach system monitorowania i aportowania zakażeń szpitalnych nie dostarczył rzetelnych danych o skali zjawiska.

Jednak ryzyko zakażeń szpitalnych to nie jedyny problem, z jakimi styka się pacjent podczas pobytu w szpitalu. Najwyższa Izba Kontroli zbadała żywienie pacjentów w szpitalach, stwierdzając, że luki w systemie prawym, a także nierzetelny nadzór nad żywieniem pacjentów oraz niskie nakłady finansowe przeznaczone na to żywienie powodowały, że w większości skontrolowanych szpitali pacjent otrzymywał posiłki nieadekwatne do stanu zdrowia, przygotowane z surowców niskiej jakości, o zaniżonych lub zawyżonych wartościach energetycznych, pozbawione także odpowiednich wartości odżywczych. Dostarczona żywność nie spełniała zasadniczej funkcji wspomagania procesu leczenia i powrotu do zdrowia, a czasem stanowiła wręcz czynnik szkodliwy. Szpitale nie kontrolowały w odpowiedni sposób jakości żywienia pod względem zawartości składników odżywczych, określonych właściwymi normami.

Ważne z punktu widzenia ochrony interesów pacjentów były ustalenia kontroli „Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów". Wynikało z nich, że obecnie funkcjonujący, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny w zakresie orzekania o zdarzeniach medycznych, nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia. Liczba spraw w sądach powszechnych nie uległa zmniejszeniu, czas niezbędny na rozpatrzenie sprawy przed komisjami jest niezadowalający, a końcowe efekty wydania orzeczenia o zdarzeniu medycznym nie satysfakcjonują pacjenta. Działania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych nie zapewniły pacjentom możliwości szybkiego uzyskania odszkodowań lub zadośćuczynień z tytułu zdarzenia medycznego.

Ponad połowa rozstrzygnięć w sprawach zgłoszonych przez wnioskodawców kończyła się z naruszeniem ustawowego czteromiesięcznego terminu. W skrajnych przypadkach, rozstrzygnięcia zapadały nawet po 22 miesiącach. Nie zostało zatem zrealizowane podstawowe założenie wprowadzonych w 2011 r. zmian ustawowych, których celem miało być usprawnienie dochodzenia roszczeń. Przewidziana w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta procedura dochodzenia określonej kwoty odszkodowania nie zapewniała pacjentowi uzyskania tego świadczenia. Odbywa się ona poza komisją i jest realizowana przez pacjenta i szpital w drodze negocjacji. Komisje nie posiadają nawet pełnych informacji, czy doszło do porozumienia w kwestii wysokości odszkodowania i czy pacjent je otrzymał. Brak ściśle określonych regulacji w tym zakresie powoduje, że wielu pacjentów jest nieusatysfakcjonowanych propozycjami szpitala.

Szanowni państwo, negatywna ocena systemu ochrony zdrowia przez osoby starsze, przez pacjentów, wynika przede wszystkim z długiego okresu oczekiwania na uzyskanie świadczenia. Gdy to już nastąpi, pacjent musi jeszcze często czekać na zlecone mu badania diagnostyczne czy kolejne konsultacje. Dlatego tak istotne znaczenie ma powtarzana corocznie przez NIK kontrola realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, w której badamy nie tylko czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia w różnych jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych, ale również działania podejmowane przez fundusz w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń. Zwracamy uwagę na bardzo duże dysproporcje w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, mierzone zarówno ich liczbą i wartością przypadającą na 10 tys. uprawnionych, jak i czasem oczekiwania na ich udzielenie.

Kończąc tę część dotyczącą funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i nieprawidłowości zidentyfikowanych przez NIK, utrudniających zapewnienie prawidłowej opieki, pozwolę sobie na pewną nutę optymizmu. W drugiej połowie 2018 r. zrealizowaliśmy kontrolę programu bezpłatnych leków dla seniorów Leki 75+. Informacja z tej kontroli została opublikowana w zeszłym miesiącu, a więc nie znalazła się już w sprawozdaniu za 2018 r. Wspomnę więc tylko, iż z naszych ustaleń wynika, że działania instytucji odpowiedzialnych za realizację zadań związanych z funkcjonowaniem programu Leki 75+ w latach 2016-2018 poprawiły dostęp seniorów do produktów leczniczych. Wraz z uruchomieniem tego programu w budżetach domowych osób, które kończyły 75 rok życia, zauważony był spadek wydatków na leki. Z pewnością wyniki tej kontroli będą jeszcze przedmiotem zainteresowania Wysokiej Komisji.

Działalność kontrolna w 2018 r. w sposób szczególny koncentrowała się więc na problematyce związanej z ochroną praw pacjentów. Wspierała też racjonalne zarządzanie państwem, a ustalenia kontroli NIK były wykorzystywane przy wprowadzaniu zmian w systemie, na co wskazują np. uzasadnienia poszczególnych projektów, choćby ostatnio ustawy o Narodowej Strategii Onkologicznej. Staraliśmy się podejmować nowe wyzwania, kontrolować także te obszary, które nigdy dotychczas nie były badane przez NIK, pochylając się w szczególny sposób nad dotychczas niezbadanymi problemami chorych.

W tym miejscu chciałbym podziękować za wszystkie istotne sugestie Komisji Zdrowia, które stanowiły dla nas wskazówkę przy podejmowaniu nowych tematów. Kontrole dotyczące problematyki zdrowotnej były koordynowane przez Departament Zdrowia lub niektóre delegatury NIK, jednak nawet w przypadku kontroli realizowanych przez inne jednostki organizacyjne NIK, Departament Zdrowia odgrywał istotną rolę nie tylko opiniując projekty programów kontroli i informacje o ich wynikach, ale także w wielu przypadkach udzielając uwag i wskazówek w trybie roboczym.

W 2018 r. prowadziliśmy także prace związane z przygotowaniem analiz systemowych NIK, czyli tzw. megainformacji dotyczących problematyki ochrony zdrowia. W tego rodzaju analizach opieramy się na wynikach wielu kontroli, a także różnych opracowaniach eksperckich. Pierwszą analizę poświęciliśmy dostępności i efektom leczenia nowotworów w naszym kraju. W tej chwili zakończyliśmy prace nad drugą tego typu megainformacją „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian”. W opracowaniu wykorzystujemy wyniki ok. 70 kontroli NIK. Dokument ten powinien ułatwić realizację dotychczas niewykonanych wniosków NIK, systemowych i *de lege ferenda*, a także formułuje nowe rekomendacje na podstawie analizy materiału

zebranego w toku dotychczasowych kontroli oraz wnioski z przeprowadzonych paneli ekspertów. Prace nad analizą znajdują się na końcowym etapie i na przełomie maja i czerwca przekażemy ją państwu.

W 2018 r. przedstawiciele Departamentu Zdrowia uczestniczyli w posiedzeniach Komisji Zdrowia, Komisji Finansów Publicznych oraz Komisji do Spraw Kontroli Państwowej, a także w wielu konferencjach i spotkaniach, przekazując informacje o wynikach naszych kontroli i sformułowanych wnioskach. Organizowaliśmy panele ekspertów, służące lepszemu poznaniu badanej tematyki i rzetelnemu przygotowaniu kontroli.

Dziękując bardzo za uwagę, zwracam się o pozytywną opinię o sprawozdaniu. Jeśli będą państwo mieli jakieś pytania, chętnie na nie odpowiem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję, panie dyrektorze. Zanim przystąpimy do dyskusji, proszę panią poseł Gabrielę Masłowską o przedstawienie koreferatu.

Poseł Gabriela Masłowska (PiS):

Najwyższa Izba Kontroli prowadziła działalność w zakresie kontroli systemu ochrony zdrowia w Polsce w sposób niezwykle wnikliwy i kompleksowy, na co wskazuje sprawozdanie z działalności Departamentu Zdrowia w 2018 r. Poza przeprowadzeniem kontroli planowych, kontroli doraźnych, brała także udział w audytach międzynarodowych – m. in. współpracowała z najwyższym organem kontroli Albanii, a także w audycie finansowym Europejskiej Organizacji Badań Jądrowych. NIK aktywnie uczestniczyła i współpracowała z Sejmem, biorąc udział w posiedzeniach wielu Komisji, a także przedstawiła na posiedzeniach komisji wyniki swoich kontroli. Współpracowała ze środowiskami naukowymi w różnym zakresie – brała udział w bardzo poważnych konferencjach i debatach, m.in. był przygotowany i przeprowadzony w Katowicach panel, dotyczący sytuacji w systemie. Organizowała także własne konferencje, jak „Opieka zdrowotna nad uczniami. Inwestycja w zdrowie dzieci i młodzieży inwestycją w zdrowie społeczeństwa”. Współpracowała ze szpitalami, brała także udział w kontrolach koordynowanych przez inne jednostki organizacyjne NIK, jeśli chodzi o Departament Zdrowia.

Szczególnie cenne, bardzo odpowiedzialne i obiektywne są wyniki przeprowadzonych kontroli, dostarczające ogromny materiał poznawczy, ogromną wiedzę, co poszczególnym instytucjom, zarządzającym i realizującym świadczenia, powinno ułatwić podjęcie działań w kierunku poprawy sytuacji w zakresie ochrony zdrowia. Oczywiście bardzo dziękujemy za megainformacje. Liczymy na ostatnią analizę systemową, którą państwo przygotowują, dotyczącą systemu ochrony zdrowia w Polsce i pożądanych kierunków zmian. Chodzi o to, żeby otrzymać od państwa materiał, który w sposób kompleksowy, całościowy, na podstawie doświadczeń i wyników kontroli w ostatnich latach, będzie proponował i przedstawiał nam kierunki zmian pożądane w organizacji systemu zdrowia, a także w kwestii finansowania. Chodzi o to, aby ten system był bardziej przyjazny dla pacjentów, zapewniał efektywne wykorzystanie środków, był także bardziej korzystny, aniżeli do tej pory, dla podmiotów oraz zatrudnionego w nich personelu. Bardzo liczymy na to, że jak najszybciej otrzymamy tę megainformację, analizę systemową, która w sposób całościowy będzie ujmowała problemy ochrony zdrowia.

Trzeba uznać, że Najwyższa Izba Kontroli jest instytucją, która posługuje się niezwykle fachową i obiektywną wiedzą w swojej prowadzonej działalności, co potwierdzają także różne instytucje eksperckie. Wobec tego uważam, że działalność Departamentu Zdrowia NIK jak najbardziej zasługuje na pozytywną ocenę i nie wnoszę innych uwag. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję pani poseł za koreferat. Dziękuję jeszcze raz panu dyrektorowi i otwieram dyskusję. Jeżeli pozwolą państwo, na początek zabiorę krótko głos.

Panie dyrektorze, dziękuję za bardzo rzetelny i mimo wszystko wyczerpujący raport, ale, z drugiej strony, ten raport jest dla mnie jako pacjenta, Polaka i lekarza, przerażający. Jeżeli odniesiemy się do dziesięciu największych zagrożeń w opiece zdrowotnej na 2019 r., które przedstawiła Światowa Organizacja Zdrowia – nie będę mówił o pozostałych istotnych – na drugim miejscu są choroby niezakaźne i tu właśnie cukrzyca.

Stan w diabetologii, jaki obserwujemy w Polsce, jest po prostu niedopuszczalny. To jest – nazwałbym to tak – hańba i skandal. Jak można dopuścić przy tak wzrastającej liczbie przypadków cukrzycy do tak małej liczby diabetologów?

Wśród tych dziesięciu, są również zakażenia patogenami nietypowymi, które nas atakują, i narastająca antybiotykooporność – nie tylko jakieś wyrafinowane, bo ostatnio Klebsiella Pneumoniae typu Dew Delhi zbiera ogromne, niekorzystne żniwo. Dlatego, jeszcze raz dziękując panu za bardzo konkretny i merytoryczny raport, wyrażam swoje ogromne zaniepokojenie stanem przygotowania Polski na zagrożenia, które czekają Polaków, polskich pacjentów, w roku 2019 i w następnych latach. Dziękuję.

Teraz będę po kolei prosił państwa posłów. Pierwsza była pani poseł Hrynkiewicz. Bardzo proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, panie dyrektorze, szanowni państwo, bardzo dziękuję za ten raport. Dziękuję też za wszystkie badania, które państwo prowadzą. One są niezwykle ważne. Mam pytanie w związku z tymi badaniami.

Zakażenia szpitalne to jest nie tylko cierpienie pacjenta. To jest także gigantyczne zaniedbanie osób odpowiedzialnych za stan sanitarny szpitala, bo zakażenia najczęściej mają miejsce w szpitalach, ale także w placówkach ochrony zdrowia. Mam więc takie pytanie do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Ile kosztuje leczenie takiego zakażenia i czy państwo współdziałają w tym zakresie z sanepidem, a także, jakie kary nakładane są za dopuszczanie do takiego stanu sanitarnego, że to zakażenie prowadzi do bardzo poważnych skutków?

I sprawa ujęcia systemowego. Bardzo się cieszę, że państwo podejmują takie analizy z danych statystycznych – powiem tylko o trzech zagadnieniach – dotyczących umieralności z powodu nowotworów mierzonych przez ostatnie 10 lat. Mówię o latach 2007-2017, bo do analiz przyjmowane były ostatnie dane z roku 2017, z 2018 te dane jeszcze nie były analizowane. Jak z nich wynika, mamy do czynienia z bardzo zróżnicowanym poziomem opieki, jeśli chodzi o choroby nowotworowe i choroby układu krążenia. Na przykład, jeśli chodzi o umieralność z powodu nowotworów, są takie powiaty, części województw w Polsce, gdzie ta śmiertelność jest 3 razy wyższa niż tam, gdzie jest ona najniższa. Są to dane standaryzowane. Co to znaczy, że są standaryzowane? To znaczy, że są wyeliminowane różnice wynikające ze struktury demograficznej społeczeństwa. Wobec tego, musi to pokazywać, że mamy do czynienia z jakimiś zjawiskami masowymi.

To dotyczy także chorób układu krążenia, ale także 29 powiatów, w których są oddziały położnicze. Tam umieralność niemowląt w niektórych szpitalach jest nawet 2 razy wyższa niż przeciętnie w Polsce. Co to oznacza? Oznacza to, że w Polsce w roku 2018 umarło 1600 dzieci, z których znaczną część można byłoby ochronić. Są jednak takie przypadki, gdzie w ciągu 10 lat stwierdzony współczynnik umieralności był dwukrotnie wyższy niż przeciętnie w Polsce.

To nie są wszystkie dane. Jest ich znacznie więcej. W Rządowej Radzie Ludnościowej analizujemy je szczegółowo, przekazujemy wszystkim władzom i instytucjom, które potencjalnie są zainteresowane tymi zagadnieniami. Chciałabym jednak zapytać, czy w tych rozwiązaniach systemowych w Najwyższej Izbie Kontroli biorą państwo pod uwagę także zagadnienie zwiększających się zróżnicowań, jeśli chodzi o skutki leczenia, które pochodzą po prostu ze zróżnicowanego poziomu jego dostępności.

Jedna sprawa, w przypadku której jestem w konflikcie z Najwyższą Izbą Kontroli, dotyczy doraźnej kontroli przeprowadzonej w Rzeszowie przez oddział lubelski. Ta sprawa była potwierdzona w sposób dość nieodpowiedzialny – jak bym powiedziała – przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zarząd główny tego funduszu. Ja oczywiście w tej sprawie wielokrotnie pisałam, rozmawiałam. Sprawa ta została potraktowana wycinkowo, wyrywkowo, nie pokazała całej istoty zjawiska. Dzisiaj sprawa znalazła się w sądzie i powoduje ogromne koszty, oczywiście nie z ochrony zdrowia, a od ministra sprawiedliwości tym razem, ponieważ zaangażowana jest prokuratura, zaangażowane są sądy, do sądów pozywa się ok. 4 tys. pacjentów. Już nie mówię, jak to wpływa na pacjentów.

Ja zwróciłam się do NIK z najwyższym zaufaniem, że podejmie to zagadnienie szerzej, systemowo. Okazało się, że państwo podjęli to wyrywkowo. Oczywiście dzisiaj sprawa znajduje się pod opieką prokuratora generalnego, dlatego że nie ma tam ani podmiotu, ani przedmiotu roszczeń, za to są 4 tys. osób, które są wzywane jako świadkowie zdarzenia, które trudno określić z punktu widzenia podmiotowego i przedmiotowego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję pani poseł. Pan poseł Sachajko, bardzo proszę.

Poseł Jarosław Sachajko (Kukiz15):

Panie przewodniczący, panie ministrze, panie dyrektorze, również chciałem podziękować za ten raport. Jest on przerażający. Jeżeli jednak okaże się on prawdziwy, to jest porażający.

Ja chciałbym zacytować tylko jeden fragment. „W połowie 2017 r. czynnych zawodowo było tylko 110 lekarzy mikrobiologów oraz 219 epidemiologów". Na razie nic wielkiego. Kolejne zdanie: „Wśród krajów europejskich Polska zajmuje ostatnie miejsce pod względem liczby praktykujących lekarzy specjalistów w dziedzinach związanych z mikrobiologią i bakteriologią". Jeżeli to zdanie jest prawdziwe, to jesteśmy po prostu wśród krajów afrykańskich. Porównajmy Polskę – 38 mln i Litwę, gdzie są 3 mln, Estonię, Czechy, Słowację. Wydaje mi się, że to zdanie nie może być prawdziwe, bo jeżeli byłoby prawdziwe, to w ogóle brakuje słów, żeby określić, w którym miejscu Polska się znajduje.

Bardzo bym prosił o ustosunkowanie się do tego, bo myślę, że to było liczone – mam taką nadzieję – na 1 tys. mieszkańców, na jakieś łóżka. Jeżeli tak jest, to powinniśmy zrobić oddzielne posiedzenie Komisji dotyczące chociażby tego problemu.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję. Poprosiłbym teraz adresatów pytań… Jeszcze pani poseł Gelert, bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (PO-KO):

Dziękuję bardzo. Ja mam pytanie właśnie do adresatów tej kontroli, bo to, co pan nam tu przedstawił, pewnie w niektórych momentach jest zatrważające. Wiadomo, że w każdym raporcie i w każdej kontroli przede wszystkim zwraca się uwagę na błędy, nie pokazuje się dobrych stron, bo kontrola tego nie dotyczy. Natomiast, ja miałabym takie pytanie, bo kontrola kontrolą, ale jakie są z tego wnioski. Jakie wnioski wyciągnął z tego pan minister, czy też pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, i co ewentualnie będziemy procedować, aby to zmienić? Uważam bowiem, że to powinno być następstwem tego. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję bardzo. Proszę w takim razie adresatów pytań o udzielenie odpowiedzi. Czy mogę prosić przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia o odpowiedź na pytanie pani poseł Hrynkiewicz?

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzej Jacyna:

Na pytanie o koszty świadczeniodawców dopowiem krótko – my nie posiadamy informacji i świadczeniodawcy nie mają obowiązku przekazywać nam danych dotyczących kosztów świadczeń. Jedyne dane, jakie posiadamy, to dane wynikające z informacji od świadczeniodawców w trakcie negocjacji związanych ze zmianą wyceny świadczeń. Więcej danych na ten temat może posiadać Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Tak więc, my tych danych nie posiadamy.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję. Pan dyrektor – Najwyższa Izba Kontroli. Proszę włączyć mikrofon.

Dyrektor departamentu NIK Piotr Wasilewski:

Oczywiście będziemy w tej analizie odnosić się również do różnicy w zakresie np. liczby zgonów okołoporodowych. Mielimy kontrolę dostępności opieki ginekologicznej na terenach wiejskich np., z której wynika, że w pewnych powiatach, w pewnych wojewódz-

twach, gdzie sieć poradni ginekologiczno-położniczych była dużo rzadsza, wskaźnik liczby zgonów okołoporodowych był wyższy. W te zagadnienia oczywiście też będziemy wnikać.

Odnosząc się do kwestii danych odnośnie do liczby mikrobiologów, niestety, to są dane potwierdzone, jeśli chodzi o kilka dziedzin. Nie tylko mikrobiologia lekarska, ale także – o czym ostatnio jest głośno – kwestia psychiatrii dziecięcej i trzystu kilkudziesięciu lekarzy ze specjalizacją z psychiatrii dziecięcej w trudnej sytuacji w tym obszarze. Dlatego np. podjęliśmy w zeszłym miesiącu kontrolę koordynowaną, dotyczącą właśnie opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Czy ktoś z zaproszonych gości również chciałby zadać pytanie lub zabrać głos? Słucham państwa. Nie widzę zgłoszeń. Uważam, że dyskusja… Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

To ja jeszcze chciałbym przedstawić się. Tutaj była mowa o mikrobiologii lekarskiej, czyli lekarzach mikrobiologach – to faktycznie jest dziedzina dosyć wąska. Wiadomo, że pacjenci w znacznej mierze oczekują specjalistów, chociażby medycyny rodzinnej, a nie mikrobiologii, chirurgii ogólnej czy chorób wewnętrznych i kardiologii. Specjalizacja z medycyny mikrobiologii jest bardzo rzadka i nie jest podstawowa. Jednocześnie szpitale w głównej mierze polegają na diagnostach laboratoryjnych o specjalizacji mikrobiologii i to oni wraz z lekarzami uczestniczą w całości spraw związanych z zakażeniami wewnątrzszpitalnymi, z uwidacznianiem tych zakażeń z pielęgniarką epidemiologiczną. Ten system jest więc często zorganizowany nie na podstawie specjalizacji z mikrobiologii lekarskiej, bo, jak Najwyższa Izba Kontroli przedstawiła, nie ma ich nawet na tyle, żeby w każdym szpitalu był taki specjalista i nie ma też takiego uzasadnienia, żeby w każdym podmiocie leczniczym na etacie był zatrudniony lekarz mikrobiologii.

Oczywiście my jako Ministerstwo Zdrowia podchodzimy bardzo poważnie do wyników kontroli. Zawsze przedstawiamy swoje zastrzeżenia i uwagi, a później, jak będziemy te zastrzeżenia i uwagi realizować.

Tak jak pan dyrektor powiedział, w wielu zmianach ustawowych są te uwagi uwzględnione, jak chociażby w przygotowanej we współpracy z kancelarią prezydenta ustawie o Narodowej Strategii Onkologicznej. Ostatnio ustawa, która przeszła, wzmacniająca kontrolę w Narodowym Funduszu Zdrowia, również była częściowo wynikiem kontroli przeprowadzonej w NFZ. Tak więc, bardzo wiele zmian ustawowych jest spowodowanych właśnie wynikami kontroli NIK. Także to, co pan dyrektor przedstawił – dochodzenie roszczeń. Ta ustawa została zdiagnozowana, że wymaga istotnej korekty i Rzecznik Praw Pacjenta przedstawił propozycję zmian. Aktualnie skończył pracę zespół ds. praw pacjenta i ta tematyka w tym zakresie jest uwzględniona.

Poszczególne etapy. Bardzo pozytywnie oceniamy współpracę z Najwyższą Izbą Kontroli, gdyż NIK bardzo mocno zwraca uwagę na system ochrony zdrowia. Kontrole z tego zakresu mają największy udział w kontrolach. Ponieważ to jest ważny dział, będziemy to rozwijać, chociażby w przypadku cukrzycy typu 2.

Wiemy, że w cukrzycy typu 1, np. w przypadku dzieci, mamy pełny standard europejski. Cukrzyca typu 2 na pewno wymaga jeszcze dofinansowania, chociaż w niektórych dziedzinach jest pełna dostępność starszych leków, jak również cała diagnostyka. Schematy leczenia idą w tym kierunku, żeby znaczącą część tych świadczeń realizował lekarz rodzinny, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, we współpracy z lekarzem specjalistą. Narodowy Fundusz Zdrowia z Ministerstwem Zdrowia powołał zespoły ds. leczenia stopy cukrzycowej. Staramy się w tym zakresie bardzo mocno zwracać uwagę na to, żeby to leczyć. W tym zakresie, być może jeszcze w tym roku, będziemy się starali, żeby jakieś specyficzne grupy, które będą mogły uzyskać największą korzyść, miały dostęp do nowoczesnych leków. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję, panie ministrze. Zanim oddam głos dalej, panie ministrze, chciałbym zwrócić uwagę na to, że przedstawione przeze mnie zagrożenia, określone przez Światową Organizację Zdrowia, dotyczą 2019 r. Ten rok 2019 właśnie mamy, apeluję więc do Minister-

stwa Zdrowia o radykalne przyspieszenie prac nad tymi zagadnieniami. Poproszę teraz pana posła Kozłowskiego, a potem oddam głos gościom.

Poseł Jerzy Kozłowski (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Mam pytanie do pana ministra. Panie ministrze, kilka lat temu w resorcie zdrowia zostały podjęte prace nad ustawą o roboczym tytule „ustawa o odpowiedzialności za błędy medyczne". Na jednej z konferencji z cyklu debat „Wspólnie dla zdrowia" były minister zdrowia Radziwiłł mówił o tym projekcie, wskazując też w dyskusji, że bardzo korzystny byłby model tzw. duński. Nie mamy żadnych informacji. Minister Radziwiłł też nie wiedział, czy prace nad tą ustawą są kontynuowane czy po prostu są w martwym punkcie. I to jest moje pytanie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Zanim oddam głos, poproszę jeszcze… Proszę przedstawić się i określić instytucję, którą państwo reprezentują.

Wiceprezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Justyna Marynowska:

Dobrze. Dzień dobry państwu. Szanowny panie przewodniczący, panie ministrze, Justyna Marynowska, wiceprezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Może trochę odpowiem na pytanie, które zadała pani poseł Hrynkiewicz, a na które nie do końca odpowiedział pan minister, na temat zakażeń szpitalnych.

Przewodniczącym zespołu zakażeń szpitalnych może być lekarz specjalista mikrobiolog. Jeżeli nie ma takiego w szpitalu, diagnosta, który posiada specjalizację z mikrobiologii medycznej. Jest to równoważne. My jesteśmy odpowiedzialni, jak również cały zespół, za tworzenie map epidemiologicznych zakażeń każdego szpitala. Każdy szpital będzie miał inną mapę mikrobiologiczną ze względu na różne czynniki środowiskowe.

To, że takie zespoły nie funkcjonują prawidłowo lub, że takich zespołów nie ma, a to, że nie posiadają kompetencji… Ja miałabym jeszcze taką prośbę, żeby NIK brała pod uwagę kompetencje zespołów, które zajmują się zakażeniami, to że nie ma kompetentnego zespołu, nie ma mapy epidemiologicznej, nie ma informacji, pacjenci umierają, coraz bardziej rozprzestrzeniają się bakterie lekooporne, niewrażliwe na antybiotyki, które kosztują fortunę w tym momencie, i to jest koło zamknięte.

Niestety, wynika to również z tego powodu, że specjalistów diagnostów z mikrobiologii medycznej również nie jest dużo, ale jest to spowodowane błędem systemowym, który, niestety, jest spowodowany tym, że my jako jedyna grupa zawodowa nie mamy refundowanych specjalizacji. Specjalizacja z mikrobiologii lekarskiej kosztuje 40 tys. zł. Średnie zarobki diagnosty laboratoryjnego to 2400 zł. Proszę przeliczyć, jaki to jest wydatek, żeby wykształcić taką liczbę specjalistów. To jedno.

My to postulowaliśmy i jest nowy projekt ustawy o medycynie laboratoryjnej, który ministerstwo obiecało nam, że wypuści do końca listopada. Następnie miał być projekt, który jest przygotowany przez środowisko – pan minister miał go w ręce – i zwraca na to uwagę. Tam jednym z punktów jest ponoszenie przez państwo kosztów specjalizacji, żeby ona dla diagnostów laboratoryjnych była bezpłatna.

Ja bardzo proszę o to, bo my od listopada dostajemy już piąty termin, kiedy ta ustawa miała być procedowana, zgłoszona państwu do konsultacji. Do dzisiaj nie ma żadnej informacji w tym zakresie. Terminów było 5. To są, niestety, błędy po stronie ministerstwa, bo chęć środowiska… My to wszystko wiemy. My alarmujemy, bo zakażenia są i to jest bardzo duży problem społeczny, niestety. Współpracujemy z ministerstwem. Ze strony wszystkich zawodów medycznych wychodzą takie informacje, które są alarmujące. Niestety, jest to koło zamknięte. My zgłaszamy się tu do państwa – do Komisji Zdrowia, do wszystkich państwa posłów – o interwencję w tej sprawie, bo wystarczy jedna prosta regulacja i ten temat jest możliwy do realizacji, żeby nie stanowił bieżącego, tak dużego zagrożenia, jakie stanowi w tym momencie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję panie bardzo. Proszę bardzo.

Przewodniczący Komisji Zdrowia Związku Pracodawców „Business Centre Club" Wiktor Masłowski:

Wiktor Masłowski, Związek Pracodawców BCC. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, ja tylko króciutko chciałbym podziękować panu ministrowi za te informacje dotyczące stopy cukrzycowej i działań ministerstwa w tym zakresie, ale z praktyki wydaje mi się, że nie w tym leży przyczyna tych naszych problemów. Przyczyna leży w niedoszacowaniu funkcjonowania poradni i oddziałów diabetologicznych.

Jeżeli chodzi o placówki sieciowe, zarówno szpitale, jak i przychodnie, to bazę wzięto z 2015 r., ale trzeba pamiętać o tym – a to pan minister pewnie wie lepiej niż ja – że ponad 8 lat temu na pewno były ostatnie regulacje, jeżeli chodzi o zwiększenie stawek leczenia w specjalistce ambulatoryjnej, w poradniach diabetologicznych. Ta sytuacja powoduje ucieczkę personelu i niemożność funkcjonowania tych poradni diabetologicznych i obejmowania pacjentów opieką.

To samo dotyczy poradni specjalistycznych poza systemem tzw. sieci szpitali. Pani poseł ma rację, oczywiście, odnośnie do tych danych dotyczących umieralności z powodu chorób onkologicznych. To jest nie tylko kwestia powiatów. Chociażby województwo mazowieckie ma najwyższy współczynnik umieralności wśród kobiet na nowotwory kobiece w wysokości 2,6%. Niestety, oddział mazowiecki NFZ nie dostrzega takiej potrzeby – pozytywnie opiniowany w systemie IOWISZ przez ministra zdrowia oddział onkologii kobiecej drugi rok, niestety, stoi pusty. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję panu. Panie ministrze – zwracam się do Ministerstwa Zdrowia – czy jest pan w stanie odpowiedzieć na zadane pytania i odnieść się do stanowiska? Jeżeli nie, to prosimy o odpowiedź na piśmie.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

To ja bym na piśmie odpowiedział na wszystkie 3 pytania.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję bardzo. Nie widzę więcej zgłoszeń. W związku z tym, proponuję, aby Komisja przedstawiła Komisji do Spraw Kontroli Państwowej stanowisko, że nie wnosi uwag ani wniosków do sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2018 r. w zakresie działania Komisji Zdrowia. Odczytam opinię Komisji Zdrowia.

„Komisja Zdrowia na posiedzeniu w dniu 16 maja 2019 r. rozpatrzyła sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2018 r., druk nr 3366, w zakresie działania Komisji i nie wnosi uwag ani wniosków". Czy ktoś jest przeciwny przyjęciu opinii dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej w takim brzmieniu? Nie widzę zgłoszeń. Wobec braku sprzeciwu, stwierdzam przyjęcie bez uwag i wniosków opinii Komisji o sprawozdaniu z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2018 r.

Przystępujemy do rozpatrzenia pkt 2 porządku dziennego. Informuję, że do Komisji wpłynęły uwagi wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Koalicji Hepatologicznej do projektu zmian planu NFZ na 2019 r. Prosiłbym w tym momencie przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej i również Koalicji Hepatologicznej o przedstawienie tych wniosków.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Cisło:

Dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, Andrzej Cisło, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Uwaga generalna jest taka, że ten materiał, który mają państwo przed oczami, nie był dostępny dla interesariuszy, tych, którzy są stałymi uczestnikami posiedzeń Komisji Zdrowia. Bardzo utrudnione jest pisanie opinii na podstawie doniesień prasowych, na szczęście wiarygodnych – wszystko się sprawdziło. To jest ta tabela.

Skoro pokuszono się o wylistowanie pewnych priorytetów, to naturalne jest – skoro też rozstrzał pomiędzy wzrostami w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej jest dość znaczny – że dobrze byłoby znać dokładniejsze wyliczenia, a tych wyliczeń w tym dokumencie, jak się okazuje – dzisiaj już ten dokument posiadamy – nie ma. Musimy więc założyć, że istnieje również inny możliwy schemat rozkładu tych wzrostów.

W swoim piśmie zwróciłem się do państwa przede wszystkim jako wiceprezes odpowiedzialny za sprawy lekarzy dentystów, zaniepokojony kolejny raz pominięciem tego rodzaju świadczeń. Nie wiem, z czego to wynika. Może się utarło, że stomatolodzy sobie poradzą, ale tak nie jest, proszę państwa. To są coraz większe przedsiębiorstwa, to są gabinety, które już są zespołami stomatologicznymi. To, że część świadczeniodawców, np. tych, którzy są w formie praktyki, nie podpada pod ustawę o kształtowaniu minimalnych wynagrodzeń w podmiotach leczniczych, bo nie są podmiotem leczniczym, to wcale nie oznacza, że nie ponoszą kosztów zwiększenia wynagrodzeń, dlatego że asystentki, pielęgniarki czy osoby, które podpadają pod regulacje ustawy, pracują na wolnym rynku i jeżeli praktyka nie podniesie im wystarczająco uposażenia, to uciekną do miejsc, gdzie te uposażenia należą się z tytułu ustawy.

W związku z tym, rozmiar nowych zadań, które są przed całą służbą zdrowia – mówię tu również jako przewodniczący zespołu ds. elektronicznej dokumentacji medycznej Naczelnej Rady Lekarskiej, co jest związane z cyfryzacją – wyssie każde pieniądze, każdą wolną kwotę, a niedoszacowanie stomatologii w ostatnich dziesięciu latach przedstawiłem państwu w tabelce. Jesteśmy więc przekonani, że konstruując jedno z kryteriów tego rozdziału środków, zabezpieczenie wzrostu kosztów funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą, należało przede wszystkim zapewnić każdemu z rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej jakiś, dający się wyliczyć bez zbędnych dodatkowych ekspertyz, minimalny poziom rekompensaty wzrostu kosztów. Dochodzę bowiem do przekonania, że nawet tzw. ogonki – kolokwialnie mówiąc – czyli końcówki tych sum dwóch największych beneficjentów, rozłożone pomiędzy tych, którzy dostali najmniej, stanowiłyby już pewien postęp. Ponieważ nie ma szczegółowych wyliczeń, to mnie do tego upoważnia. Dlatego chciałbym zaapelować jeszcze raz o dogłębną analizę, może już na etapie po opiniowaniu Komisji, ale chcę Wysoką Komisję prosić o wsparcie naszego postulatu, żeby zrozumieć to, że każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą ma dzisiaj wzrost kosztów.

W stomatologii, jeśli chodzi o kosztochłonność tej dziedziny, jest ona dużo większa. Zwracam też uwagę na to, że im mniejszy podmiot, tym większy jest koszt jednostkowy, dlatego że zwiększone wymogi, zwiększone koszty, spadają na jednostkę o stosunkowo małym budżecie. Jednak rozdrobnienie w stomatologii – ono pewnie dotyczy również innych rodzajów – nie jest wynikiem tego, czy my tak chcemy, czy nie, tylko tego, że tak się ukształtował rynek i nie zmienimy tego w ciągu jednego roku lub dwóch lat. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję. Czy przedstawiciel Koalicji Hepatologicznej jest na sali? Jeżeli nie, poproszę pana prezesa o przedstawienie wniosku dotyczącego zmiany w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 r.

Prezes NFZ Andrzej Jacyna:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, zgodnie z art. 124 ust. 1 i 2 oraz w związku z art. 121 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwracam się do Wysokiej Komisji o pozytywne zaopiniowanie przedłożonego projektu zmiany planu finansowego NFZ na rok 2019.

Zmiana jest znacząca. Wynika głównie z tego, że tworząc plan finansowy w roku 2018, w czerwcu tego roku mieliśmy inne informacje dotyczące sytuacji w gospodarce, inne dane dotyczące wynagrodzeń i inne wskaźniki makroekonomiczne. Po zastosowaniu aktualnych wskaźników, przewidujemy wzrost przychodów ze składki ubezpieczeniowej o ponad 4 000 000 tys. zł – 105% w stosunku do planu dotychczas obowiązującego. Jeżeli chodzi o KRUS, to ten wzrost wyniesie 3,46%. To są wzrosty, odnośnie do których nie mam wątpliwości, że nastąpią, natomiast nawet gdyby te wzrosty nie były na tym poziomie, to mamy wystarczające zabezpieczenie w postaci funduszu zapasowego.

Przypominam, że rozdysponowaliśmy z budżetu państwa ponad 900 000 tys. zł dotacji celowej do naszego funduszu zapasowego, a również ponad 900 000 tys. zł dotyczących funduszu zapasowego, który jest do dyspozycji prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. To są przesłanki, dla których składamy ten projekt zwiększający przychody

ze składek do tego poziomu. Wynika to wprost ze stanu gospodarki, który jest bardzo dobry i ze wzrostu wynagrodzeń, jak również z decyzji dotyczącej jednorazowej, trzynastej wypłaty emerytur – to da nam dodatkowo ok. 1 000 000 tys. zł. Przychody oczywiście powodują także wzrost w pozycji kosztowej. Szczegóły tych zmian po stronie przychodowej i kosztowej przedstawi pan dyrektor Jarnutowski.

Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego NFZ Dariusz Jarnutowski:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, przedmiotem zmiany planu finansowego – jak już wspomniał pan prezes – jest zwiększenie przychodów ze składek w roku 2019 o kwotę 4 165 000 tys. zł do kwoty 88 420 000 tys. zł, wynikające z tego zwiększenie planowanych kosztów poboru i ewidencjonowania składek, zarówno po stronie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jak i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, łącznie o kwotę 7318 tys. zł i przeznaczenie wygospodarowanych środków na zwiększenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę 4 136 000 tys. zł do kwoty 89 432 000 tys. zł, w tym w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w pełnej wysokości tej kwoty, do poziomu 88 555 000 tys. zł oraz zwiększenie planowanych kosztów realizacji zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy, czyli związanych z dofinansowaniem informatyzacji ochrony zdrowia o 1012 tys. zł, a także zwiększenie planowanych kosztów administracyjnych o kwotę 20 000 tys. zł. Jeżeli chodzi o zwiększenie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich, wyasygnowanie dodatkowych środków pozwala na zwiększenie planów oddziałów łącznie o ponad 4,9%. Podział środków pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie został dokonany zgodnie z art. 124 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tzn. obowiązującego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 listopada 2009 r. algorytmu środków. Wszystkie te środki zostały podzielone zgodnie z tym algorytmem, natomiast rozdysponowania dodatkowych środków na poszczególne rodzaje świadczeń dokonali, zgodnie ze swymi kompetencjami, dyrektorzy oddziałów, uwzględniając priorytety wyznaczone przez centralę, m.in.: zabezpieczenie finansowania świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej; zabezpieczenie finansowania świadczeń udzielanych przez ratowników medycznych, na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia; sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z przepisami ustawy z 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności; realizacji ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia; leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w ramach całkowitego budżetu na refundację oraz projektowanej, poczynając od dnia 1 lipca, zmiany wyceny świadczeń realizowanych w poszczególnych rodzajach świadczeń związanych ze zwiększającymi się kosztami ich udzielania.

Jeżeli chodzi o pozycję B6 planu finansowego, tu następuje zwiększenie o kwotę 1012 tys. zł. Wynika to wprost z realizacji ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w zakresie choroby, z przeznaczeniem na dofinansowanie informatyzacji ochrony zdrowia i zwiększenie planowanych kosztów administracyjnych o 20 000 tys. zł. Podyktowane jest to koniecznością zabezpieczenia środków na realizację zadań nałożonych na Narodowy Fundusz Zdrowia w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dziękuję ślicznie.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję, panie prezesie. Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów chciałby zabrać głos? Pani poseł Gelert, bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (PO-KO):

Dziękuję bardzo. Ja z takim zapytaniem do pana prezesa. Oczywiście cieszy wzrost nakładów, bo faktycznie to są kolejne 4 000 000 tys. zł i bardzo dobrze, miałabym jednak pytanie. Ponieważ jest bardzo duży wzrost na podstawową opiekę zdrowotną – o prawie 9,5% w stosunku do szpitalnictwa, gdzie jest 4,67% – czy mógłby pan wyjaśnić, jakie dodatkowe zadania będą nałożone w podstawowej opiece zdrowotnej i z czego to wynika, że jest tak duży wzrost w podstawowej opiece zdrowotnej. Na razie, dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję. Pan poseł Skutecki, bardzo proszę.

Poseł Paweł Skutecki (Kukiz15):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, gdyby przyłożyć do Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia takie standardy, jakie obowiązują w biznesie, to panowie by siedzieli w więzieniu. Ja nie cieszę się, jak pani poseł, że dodatkowe 4 000 000 tys. zł są wyciągnięte z kieszeni Polaków i wrzucone w ten system, dlatego że w tym systemie – mam takie wrażenie – moglibyśmy dorzucić 90% PKB i pacjenci tego by nie odczuli.

Panie ministrze, 20 000 000 tys. zł chcą państwo przeznaczyć na koszty administracyjne w sytuacji, kiedy wynik finansowy ogółem netto jest dramatycznie minusowy. Rozumiem, że koszty poboru i ewidencjonowania składek wynikają procentowo wprost z zapisów ustawy. Natomiast, jeżeli mamy tak świetną sytuację, to może warto byłoby tę ustawę tak zmienić, żebyśmy mogli spłacać częściowo ten minus, który i tak będą musiały spłacić nasze dzieci i nasi wnukowie. Czy myślą państwo o tym, żebyśmy najpierw pospłacali długi, a potem zwiększali koszty np. administracyjne i tego typu? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, Wysoka Komisjo, ja chciałbym po prostu wyrazić zadowolenie z tego, że dodatkowe środki się znalazły. To bardzo ważne i bardzo potrzebne z punktu widzenia pacjentów. Wszyscy wiemy, jakie są potrzeby polskiej służby zdrowia. Wszyscy też wiemy, jaka jest sytuacja w poszczególnych szpitalach, często napięta, i nawet pewna nerwowość, bo wszyscy chcą oczywiście mieć jak najlepiej sfinansowane świadczenia zdrowotne. Wszyscy chcą, aby te budżety były jak najlepsze. Te dodatkowe środki to umożliwią. Chciałem więc podziękować panu ministrowi i panu prezesowi za tę dzisiejszą tak dużą nowelizację budżetu, bo przyznam szczerze, że nie przypominam sobie, żeby w poprzednich latach kiedykolwiek ona była tak duża. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję. Pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Chciałabym przyłączyć się do podziękowań dla rządu za zwiększenie tych nakładów na ochronę zdrowia. Jest to bardzo ważne. Myślę, że te najtrudniejsze problemy, które są dzisiaj w ochronie zdrowia, zostaną przynajmniej pomniejszone.

Natomiast chciałbym się odnieść do wypowiedzi pana Skuteckiego. Ja myślę, panie pośle, że to jest posiedzenie Komisji i Zdrowia i powinniśmy rozmawiać o sprawach w sposób merytoryczny. Ja rozumiem, że pan by wszystkich „wsadzał". Zapytałam, za co by pan „wsadzał" – niech pan przedstawi ten scenariusz…

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Pani poseł, rozmawiajmy o meritum sprawy. Dziękuję. Pani poseł Gelert…

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Przepraszam bardzo, ja nie skończyłam, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Nie szkodzi. To jest moja prośba jako przewodniczącego, aby odnosić się do meritum sprawy. Dziękuję bardzo.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Proszę, wobec tego wyjaśnić, dlaczego pan przerywa mi wypowiedź.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dlatego, że proszę panią, aby rozmawiać o meritum sprawy, a nie odnosić się do…

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Właśnie chciałam przystąpić do meritum sprawy…

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

…do wypowiedzi pozostałych posłów. Dziękuję bardzo

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Pan Skutecki nie odnosił się do meritum sprawy. Ja chcę powiedzieć o tym, że koszty administracyjne Narodowego Funduszu Zdrowia są niskie. Biorąc pod uwagę zarządzanie różnymi funduszami, te koszty – powiedziałabym – są bardzo, bardzo oszczędne. Wynikają one zresztą z ustawy, ale dobrze byłoby, żebyśmy na posiedzeniu Komisji spojrzeli na te koszty z tego punktu widzenia, czy tak niskie koszty pozwalają na to, żeby prowadzić dogłębne analizy, a tym samym istotnie wpłynąć na racjonalne gospodarowanie tym wyższym, ale ciągle skromnym funduszem.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Pani poseł Gelert, bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (PO-KO):

Dziękuję bardzo. Panie prezesie, mam takie pytanie, również do pana, ponieważ niedawno doszło do przeszacowania procedur, o czym wszyscy wiemy. Pytanie moje brzmi tak. Dlaczego to szpitale pierwszego i drugiego stopnia, oprócz przeszacowania procedur, dostały większy współczynnik? Tam jest nie 1, tylko 1,2.

Czy mógłby pan też odpowiedzieć, w jaki sposób zarządzacie tymi pieniędzmi? Pytam dlatego, że ciągle coraz inne szpitale, inne produkty, mają wskaźniki. Czym to jest warunkowane? Z tego, co ja wiem, szpitale, które są szpitalami ogólnopolskimi, tylko dlatego, że są, już mają wskaźnik wyższy. Szpitale pediatryczne już mają wskaźnik wyższy.

W tej chwili wyższy wskaźnik na niektóre produkty, w szczególności, jeżeli chodzi o chirurgię, mają szpitale pierwszego i drugiego poziomu, a nie mają ich szpitale trzeciego poziomu, pomimo że też muszą często wykonywać te procedury. Usprawiedliwienie, że więcej wykonuje się ich w szpitalach powiatowych, chyba nie jest prawidłowym uzasadnieniem, w mojej ocenie. Prosiłabym, żeby pan do tego się odniósł, bo ja widzę, że u nas, w Polsce, ostatnio wystarczy, że ktoś będzie strajkował, że ktoś podepcze i potupie pod Ministerstwem Zdrowia i od razu dostaje inny wskaźnik albo zapewnienie podwyżki. Chyba nie tak powinno się kształtować system opieki zdrowotnej. Chyba nie tędy droga. Szpitale powiatowe postrajkowały trochę – trudno to nazwać strajkowaniem – podemonstrowały pod Ministerstwem Zdrowia i proszę bardzo, już 10 procedur chirurgicznych uzyskuje w tych szpitalach wyższy wskaźnik. Panie prezesie, czy tak będziemy dalej tym zarządzali? To, po pierwsze.

A ponieważ przy tej okazji mam możliwość widzenia pana prezesa, a nie wiem, czy na następnym posiedzeniu naszej Komisji pan prezes również będzie – ale to i do pana, panie ministrze – i jak wiemy, w następnej ustawie, którą będziemy omawiać, ponieważ wpłynęła poprawka, została wprowadzona rzecz, która dotyczy przede wszystkim pana i Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast przy dopisaniu art. 2 do tej ustawy, pana nie było ani żadnego przedstawiciela, mam pytanie, kiedy wreszcie państwo wezmą się za określenie kryteriów, aby ogłosić konkursy na poradnie specjalistyczne. Były 4 lata. Przez 4 lata pan zapewniał, że te kryteria zostaną opracowane. Nie opracowaliście żadnych kryteriów. W tej chwili przesuwacie o 2 lata konkurs na poradnie specjalistyczne. To pytanie nie dotyczy tej ustawy, aczkolwiek poniekąd też, ponieważ są to również pieniądze, i też z planu finansowego. Można więc to zmieścić. Bardzo bym prosiła o odpowiedź. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Panie prezesie, ja również mam pytanie. Czy jest państwu znane stanowisko prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i Rady Rektorów Akademickich Uniwersytetów Medycznych dotyczące właśnie wskaźników na różnych poziomach referencyjności? Dziękuję.

Proszę pana prezesa i pana ministra o udzielenie odpowiedzi. Dziękuję. Panie prezesie.

Prezes NFZ Andrzej Jacyna:

Informacja dotycząca POZ. Ta kwota w planie finansowym jest wysoka, niemniej trzeba pamiętać, jakie są zwyczaje przy tworzeniu planu finansowego na poziomie oddziałów wojewódzkich funduszu. To jest sposób, z którego korzystają dyrektorzy od wielu lat.

Po prostu, przy planowaniu świadczeń w pierwotnym planie finansowym często jest tak, że – mówiąc w cudzysłowie – pożyczają pieniądze z budżetu POZ, ponieważ budżet POZ nie wymaga pełnego pokrycia do końca roku, gdyż on sukcesywnie narasta, co miesiąc te umowy są otwarte i nie wymagają pełnego pokrycia w pierwotnym palnie finansowym. Są to więc wyniki działań na poziomie oddziałów wojewódzkich, a dyrektorzy teraz uzupełniają te luki, które były związane z występowaniem nierównej dostępności do środków finansowych w ciągu roku.

Charakterystyką budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia jest to, że corocznie mamy zmianę związaną np. ze zmianą przychodów, jak również z uruchamianiem środków finansowych wynikających z rozliczenia roku poprzedniego. Od wielu lat jest to sytuacja, że występuje kwota dodatkowa, która uzupełnia fundusz zapasowy. Uruchomienie funduszu zapasowego poprawia sytuację w drugim półroczu. Mając to więc na uwadze, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich często przesuwają środki na pierwsze półrocze, by wyrównać budżet między półroczami i najczęściej korzystają z miejsc, które mogą być tak przesuwane, jak np. POZ czy refundacja leków. To są te pozycje, gdzie te przesunięcia następują. One później muszą być uzupełnione i ta zmiana m.in. z tego wynika, a nie jest związana z jakąś nagłą zmianą wysokości np. stawek. Stawki zostały określone w porozumieniu, w listopadzie zeszłego roku i obowiązują do końca roku. Ich zmiana może być związana z ogólną zmianą wycen, którą planujemy na 1 lipca i na pewno nie będzie na poziomie takim, jaki wynikałby z prostego wyliczenia tej zmiany, którą widzimy w planie finansowym.

Odnośnie do wydatków administracyjnych, to Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje na swoją działalność… Wszystkie koszty administracyjne łącznie to jest 0,92%. Wynagrodzenia to 0,42%. Nie ma żadnej instytucji na świecie, która realizuje te zadania na takim poziomie kosztów administracyjnych.

Ta zmiana dotycząca tego planu finansowego jest głównie spowodowana koniecznością dodatkowych wydatków wynikających z uruchamiania nowych zadań związanych z informatyzacją. Finansujemy informatyzację po stronie świadczeniodawców, ale też musimy realizować działania po swojej stronie. Głównie są to wydatki na usługi obce.

Jeżeli chodzi o pytanie dotyczące finansowania od 1 stycznia szpitali powiatowych w inny sposób niż pozostałych szpitali, zmiana wycen dotyczy procedur najprostszych, tych, które powinny być realizowane na poziomie pierwszego i drugiego stopnia. Ona ma zachęcić świadczeniodawców do tego, by świadczeniodawcy wyższego poziomu koncentrowali się na trudniejszych zadaniach, a tę podstawową sferę zostawiali podstawowym szpitalom pierwszego i drugiego poziomu. To są oczywiście głównie szpitale powiatowe, szpitale miejskie. Natomiast równolegle, a nawet wcześniej, premiowaliśmy inne poziomy świadczeniodawców i w wielu specjalnościach ci świadczeniodawcy… Tak więc rektorzy i pan prezes Naczelnej Rady Lekarskiej nie mają racji – ja znam to pismo oczywiście – mówiąc, że szpitale kliniczne i pozostałe z poziomów wyższych, od trzeciego w górę, nie miały zmian wycen. Przeciwnie, to szpitale powiatowe miały wielkie pretensje, że zmieniamy wycenę na poziomie szpitali klinicznych, a te zmiany nie dotyczą szpitali powiatowych. Tak więc, jest to tylko pewne wyrównanie. Powiem wprost – polityka płatnika, która ma doprowadzić do tego, by świadczeniodawcy zajmowali się swoimi zadaniami, a nie skupiali się na wyższych poziomach na realizacji prostych procedur. Takie działanie będziemy kontynuować, by te świadczenia odpowiednio grupować i zachęcać finansowo do realizacji określonych świadczeń przez świadczeniodawców określonych poziomów zabezpieczenia.

Odnośnie do konkursu na AOS, myślę, że nie przypadkiem nasi poprzednicy tych konkursów nie realizowali. My, niestety, mamy te same problemy. One wynikają głównie ze zbyt małej liczby osób, które mają to obsłużyć. Jesteśmy za tym, by realizować konkursy w formie uzupełniającej, tak, by doprowadzać do wyrównywania nierówności, które dzisiaj widzimy i w poprzednim wystąpieniu pana dyrektora z NIK były pokazywane.

Oczywiście, my mamy pełną świadomość tego, że takie różnice występują i poprzez konkursy uzupełniające chcielibyśmy je wyrównywać. Natomiast całkowita realizacja pełnego konkursu, w naszej ocenie, na dzień dzisiejszy nie jest uzasadniona. Odroczenie jej uprości sytuację. Powiem wprost – obawiamy się, że w wypadku ogłoszenia konkursu

okaże się, że wielu świadczeniodawców, szczególnie tych, którzy dzisiaj realizują świadczenia, z powodu braków w ofertach lub błędów w ofertach, mogłoby wypaść z rynku. To spowodowałoby znaczące pogorszenie dostępu do świadczeń, a chcemy tego uniknąć.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję, panie prezesie. Panie ministrze, proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Jeśli chodzi o wskaźniki, czyli pismo Naczelnej Rady Lekarskiej, to ja też jestem zdania, że nie należy obniżać cen dla szpitali klinicznych, bo takie było przesłanie pana prezesa NRL, żeby zrównać szpitale kliniczne i instytuty ze szpitalami powiatowymi, które wielu takich wskaźników nie mają. Tak jak pan prezes powiedział, nie zgadzamy się na to, żeby teraz zmniejszać ceny świadczeń dla szpitali klinicznych, ponieważ one mają bardzo ważną rolę w systemie ochrony zdrowia, a często mają wyższe koszty. W związku z tym, jeszcze raz – nie zgadzamy się z tym zakresem.

Jeśli chodzi o pytanie pana posła Skuteckiego, to wydaje mi się, że źle przeliczył zera. Nie chodzi o 20 000 000 tys. zł zwiększenia kosztów administracyjnych, tylko o 20 000 tys. zł, przy 4 000 000 tys. zł zwiększenia kosztów na system ochrony zdrowia, czyli 5% wzrostu składki.

Tak jak pan prezes wyjaśnił, jest to związane ze zwiększeniem liczby zadań NFZ i m. in. wyrównaniem wynagrodzeń w zakresie jednolitego traktowania pracowników, którzy aktualnie będą przechodzili do centrali i będą mieć jednego pracodawcę – pracownicy na tych samych stanowiskach nie mogą zarabiać istotnie różnych wynagrodzeń. My też nie jesteśmy zdania, żeby tym, co więcej zarabiają, wypowiadać umowy, ponieważ kontrolerzy to bardzo trudna i wymagająca grupa. To często są lekarze, którzy zarabiają coraz lepiej, również w systemie poza NFZ, i słusznie. Dlatego mamy z tym wielki problem w systemie państwowym. Ja jestem bardzo zadowolony, że takie są możliwości budżetu państwa, że takie są plany finansowe, że można było tę zmianę uwzględnić, ponieważ to bardzo polepszy system ochrony zdrowia i będziemy mogli rozdzielić te pieniądze, bo potrzeb jest bardzo wiele.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję, panie ministrze. Pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (PO-KO):

Ja, panie prezesie, chciałabym tylko powiedzieć, że jeżeli zmieni się prawo, że pacjent nie ma prawa wyboru szpitala, tak jak on sobie tego życzy, to wtedy będzie można odsyłać tych pacjentów. Na dzisiaj nie ma takiej możliwości. Naprawdę każdy szpital musi opracowywać jakiś system, jak to robić, żeby tego pacjenta „zrzucić" do szpitala powiatowego, bo akurat tam lepiej płacą, i ja pacjentowi wytłumaczę, że tam lepiej zapłacą szpitalowi, więc niech lepiej idzie do powiatówki. Mówiliśmy ciągle o jakości, że szpitale przede wszystkim mają stawiać na jakość, że pacjent będzie chciał wybierać szpital, który ma lepszą jakość, a w tej chwili wszystko opiera się na pieniądzach. W takim układzie, panie prezesie, pozostały panu już tylko szpitale trzeciego poziomu, które ani tu nie dostały podwyższenia, ani nie dostały przeliczenia wyższego wskaźnika, jak szpitale ogólnopolskie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję. Czy ktoś z zaproszonych gości chciałby zabrać głos? Bardzo proszę panią. Proszę się przedstawić.

Manager ds. Innowacji i Relacji Zewnętrznych Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA Anna Kacprzyk:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie prezesie, panie ministrze, nazywam się Anna Kacprzyk. Reprezentuję Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych.

Chciałabym zwrócić na to uwagę Komisji, jak i zwrócić się z apelem do ministerstwa i pana prezesa NFZ, odnośnie do struktury wydatków na poszczególne kategorie świadczeń opieki zdrowotnej po zmianie planu finansowego. Ze swojej perspektywy chciałabym

zwrócić uwagę na pozycję dotyczącą całkowitego budżetu na refundację, który, w wyniku zmiany planu finansowego, spada do poziomu 14,8%, przy poprzednim poziomie 15,5%,

Dlaczego zwracamy na to uwagę? Przed wszystkim, z dwóch powodów. Właściwie z kilku, ale powiem o tych, na które chciałabym zwrócić uwagę.

Zgodnie z celem ustawy refundacyjnej, procent wydatków na leki został określony na poziomie 17% wszystkich wydatków na świadczenia. Celem wpisania tego określonego poziomu wydatków było zwiększenie dostępności do produktów refundowanych w relacji do kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienie, że wraz ze wzrostem globalnych środków na ochronę zdrowia, będą również rosły czy utrzymywały ten sam poziom, wydatki na refundację.

Dzisiaj mamy sytuację taką, że wydatki na ochronę zdrowia wzrastają, z punktu widzenia wydatków realizowanych w ramach świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast poziom wydatków na leki spada. Kiedy spojrzymy na zapisy przyjętego przez rząd dokumentu Polityka Lekowa Państwa, to widać, że ten poziom spadku cofa nas mniej więcej do poziomu roku 2012/13. Gdybyśmy utrzymali chociażby ten poziom 15,5%, to mielibyśmy 64 000 tys. zł środków więcej na refundację leków. W wypowiedzi przedstawiciela Naczelnej Izby Kontroli i w wynikach kontroli został wskazany jeden z obszarów, natomiast mamy bardzo wiele obszarów terapeutycznych, których poziom wydatków na leki i standardów leczenia bardzo odstaje od poziomu, jaki jest w innych krajach.

Wystarczy tylko wspomnieć, że wśród 121 nowych leków zarejestrowanych od 2015 r. w krajach europejskich, w naszym kraju mamy dostęp do zaledwie 24 i mamy też najniższy poziom dostępności nowych, nowoczesnych leków w odniesieniu do refundacji aptecznej, bo tylko 0,3% struktury leków w sprzedaży, mimo że poziom w krajach Europy Środkowo-Wschodniej to 0,7%, a w krajach europejskich 1,7%. Struktura wydatków na leki jest znacznie mniejsza niż w innych krajach. W związku z tym, apelujemy o to, aby przy zwiększaniu wydatków na zdrowie zwiększać również ten poziom, a nie cofać się w drugą stronę, bo jest to sprzeczne również z dokumentem polityki lekowej.

Jeszcze jeden aspekt, na który chciałabym zwrócić uwagę, ponieważ my słyszymy, i wiemy, że jest wiele głosów różnych środowisk w zakresie potrzeb z tego budżetu, jaki mamy. Cieszy nas oczywiście, że ten plan NFZ się zmienia, że ta kwota się zwiększa, natomiast – tak jak zostało powiedziane i przedstawione – ten wzrost wynika ze zwiększenia wpływów ze składek, które będą uzyskane dzięki określonemu poziomowi wzrostu gospodarczego. W związku z tym, być może trzeba się zastanowić, czy na pewne potrzeby nie należałoby sięgnąć również do dodatkowych środków z budżetu państwa, aby to zasilić. Zatem poddaję pod rozwagę i uwagę Ministerstwa Zdrowia to, żeby odpowiedni poziom był zapewniony i czy nie należy tych potrzeb rozpatrzyć również z punktu widzenia zwiększenia dodatkowych środków. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję pani bardzo. Bardzo proszę.

Pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Panie przewodniczący, panie ministrze, panie prezesie, państwo posłowie, szanowni państwo, bardzo krótko o trzech kwestiach. Ja też się cieszę, że są dodatkowe środki…

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Rozumiem, że Związek Powiatów…

Pełnomocnik Zarządu ZMP Marek Wójcik:

Marek Wójcik, Związek Miast Polskich. Otóż, cieszę się, że są dodatkowe środki i chciałbym prosić o to, żeby wykorzystać je racjonalnie także w następujących sprawach.

Po pierwsze, żeby rozstrzygnąć, podobnie jak było w stosunku do lekarzy i pielęgniarek, kwestie wynagrodzeń diagnostów laboratoryjnych i fizjoterapeutów, ale także – i to może państwa zaskoczy – pielęgniarek w domach pomocy społecznej. Już jest coraz mniej pielęgniarek, które zarabiają w tej chwili na granicy płacy zasadniczej, de facto wykonując działalność medyczną. Z tego, co mi wiadomo, w resorcie zdrowia jest prawie gotowy projekt nowej usługi, która obejmowałaby opiekę pielęgniarską w DPS i po części eliminowałaby pozorną dzisiaj opiekę pielęgniarską ze strony pielęgniarek środowisko-

wych. Niestety, muszę użyć tego określenia „pozorną". Według moich wyliczeń – a one zostały zweryfikowane przez resort rodziny, pracy i polityki społecznej – gdyby objąć mechanizmem wzrostu wynagrodzeń pielęgniarki pracujące w DPS, potrzeba byłoby w skali roku 280 000 tys. zł, zakładając pełne 1600 zł. Natomiast, gdyby rozłożyć ten proces w jakiś sposób, chociażby na 2 lata, to ta kwota będzie o wiele niższa.

Druga sprawa, to kwestia programów zdrowotnych. Nieustająco, jako środowiska samorządowe, będziemy prosili o to, aby zrobić wszystko, żebyśmy z tych środków…

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Bardzo państwa proszę o nierozmawianie między sobą. Dziękuję.

Pełnomocnik Zarządu ZMP Marek Wójcik:

Jako środowiska samorządowe, nieustająco będziemy prosili o to, żeby jak najwięcej środków przeznaczać na działania dotyczące profilaktyki i promocji zdrowia. Rzecz polega na tym, że niestety, nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych pozbawiła nas możliwości uzyskania dofinansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia na bardzo ważne programy zdrowotne, dotyczące chociażby szczepień HPV, grypy czy pneumokoków. Naszym zdaniem, to jest błąd, który chcielibyśmy, żeby ktoś zechciał naprawić. Jednak skala nakładów na programy zdrowotne w całości budżetu funduszu jest minimalna, wydaje się więc, że warto byłoby podjąć działania, które spowodują, że będziemy wreszcie wydawali tych pieniędzy więcej.

Pamiętam jeden z pomysłów resortu zdrowia, aby lekarze POZ mieli dodatkowe zobowiązanie, które wiązałoby się z działaniami profilaktycznymi. Według mnie, dzisiaj ta kwestia w ogóle nie jest brana pod uwagę. Jakie działania profilaktyczne realizują lekarze POZ, to państwo wiedzą. Niestety, ze smutkiem stwierdzam, że są one bardzo rzadkie, a wzrost nakładów na lekarzy POZ jest duży.

W tym kontekście przyznam szczerze, że zupełnie nie rozumiem wypowiedzi pana prezesa. Ja byłem zdumiony, kiedy usłyszałem, że przepisy nie wymagają, aby dyrektorzy oddziałów wojewódzkich, planując środki na cały rok, nie uwzględniali całości nakładów na POZ. Tak to zrozumiałem. Precyzyjnie pan prezes to dwukrotnie powiedział. Zupełnie nie rozumiem, jak można planować, przyjąć plan Narodowego Funduszu Zdrowia i z góry założyć, że jakaś kategoria świadczeń nie ma zagwarantowanych środków do końca roku. Szczerze mówiąc, wydaje mi się, że pan prezes się przejęzyczył, bo nie wydaje mi się to możliwe, żeby jakikolwiek przepis w tej sprawie pozwalał na takie planowanie, które z góry zakłada, że być może będą jakieś dodatkowe środki, które pozwolą na uzupełnienie nakładów dla lekarzy POZ. Wydaje się, że to jest błąd, i taką mam nadzieję.

Natomiast, odnośnie do funduszu, w pełni popieram te głosy, które twierdzą, jeżeli chodzi o obsługę administracyjną i nakłady na administracje środków będących w dyspozycji funduszu, że w stosunku do kwoty one absolutnie nie są za wysokie. Wydaje mi się, że niecały 1% środków administracyjnych to wcale nie jest dużo i ten głos, który mówił o tym, że niewiele jest takich instytucji na świecie, które przy takiej skali nakładów przeznaczają 1% na zarządzanie środkami, jest właściwy. To tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję. Panie prezesie, czy do tak zasadniczego pytania chciałby pan się odnieść.

Prezes NFZ Andrzej Jacyna:

Podtrzymuję to, co powiedziałem. Odsyłam pana, przedstawiciela Związku Miast Polskich, do dyrektora oddziału, żeby pokazał, jak to technicznie wygląda. Od co najmniej 10 lat te zjawiska są identyczne. Tu nic się nie zmieniło. Strategia dyrektorów jest taka, jaka jest możliwa przy tych środkach, jakie są i jest niezmienna od wielu lat. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję. Chciałbym zakończyć dyskusję… Udzielę jeszcze jednego głosu. Bardzo proszę, pan po prawej.

Przewodniczący Komisji Zdrowia Związku Pracodawców BCC Wiktor Masłowski:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, Wiktor Masłowski, Związek Pracodawców BCC. Oczywiście każdy wzrost nakładów na system ochrony zdrowia nas cieszy i jak najbardziej z tego powodu jesteśmy zadowoleni, aczkolwiek wolelibyśmy, żebyśmy podążali w kierunku wynikającym z pewnych głosów i obietnic, które się pojawiały w Krynicy w zeszłym roku – 100 000 000 tys. zł na stulecie.

Odnośnie do kosztów administracyjnych, zdecydowanie popieram głos kolegi Marka Wójcika. Naszym zdaniem, to są bardzo małe nakłady, jeżeli chodzi o administrowanie, porównując chociażby dynamikę rozwoju Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie.

Bardzo dziękuję panu ministrowi za uspokojenie nas tu trochę, jeśli chodzi o wzrost poborów składki i środków, które są i mogą być w dyspozycji systemu, że państwo przewidzieli, że tych środków kiedyś może być mniej, bo przecież 13 emerytura jest jednorazowa, a czekają nas od lipca dość duże i słuszne wydatki społeczne, chociażby 500 + na pierwsze dziecko. Dobrze więc, że ten fundusz zapasowy jest.

Odnośnie do pożyczania tych pieniędzy, to o ile dobrze pamiętam, to właśnie pan prezes nas informował – pisał informacje dotyczące pożyczania pieniędzy. Jeśli nie płaci się komuś za świadczenia nie nadlimitowe w zakresie porodów, kardiologii, chemioterapii, onkologii, to te pieniądze się pożycza. Prawda? Po kilku miesiącach te pieniądze się oddaje – chodzi oczywiście o szpitale. Gdyby pan prezes był tak łaskaw i do szpitali dorzucił większy procent, bylibyśmy zobowiązani. Chciałbym też przypomnieć, że prawo polskie przewiduje, że to pacjent wybiera szpital i że nie ma rejonizacji, chyba że w tym prawie coś się zmieni.

Chciałbym jeszcze wrócić do konsumpcji tych zwyżek finansowych, które nas oczywiście bardzo cieszą. Martwi nas tylko to, co już tu było kilkukrotnie poruszane. Chodzi o treść zarządzeń: 39 z 29 marca i 43 z 8 kwietnia. Zapisy przedstawione w tych zarządzeniach przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a więc zarządzenia prezesa, nie są zgodne z art. 3 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej dotyczącym zakazu dyskryminacji, w związku z art. 32 ust. 1, art. 20 i art. 22 konstytucji. W naszym przekonaniu, narusza to również ust. 2 art. 68 konstytucji, bo w ten sposób pośrednio różnicujecie dostęp obywateli do świadczeń zdrowotnych.

Chciałbym również zwrócić uwagę na to, że zwiększanie odpłatności za wskazane świadczenia zdrowotne jedynie w stosunku do konkretnej grupy podmiotów – o tym była mowa… Chciałbym zauważyć, że państwo nie we wszystkich świadczeniach stosują te wskaźniki. Na przykład, odnośnie do procedur jednodniowych nie ma tego wzrostu. Tak samo państwo nie przewidują żadnego wzrostu w podmiotach leczniczych, które są w działalności pozasieciowej. To jest ok. 360 podmiotów… Nie ma tego w zarządzeniach pana prezesa. Różnicowanie dotyczy podmiotów pierwszego, w stosunku do drugiego i trzeciego poziomu referencyjnego. O tych różnicach już tu była mowa. Nie wiem, czy w tych podmiotach pozasieciowych nie ma lekarzy, nie ma rehabilitantów, nie ma innych pracowników, pielęgniarek itd., że są tego różnicowania pozbawieni.

Chciałbym też powiedzieć, że te działania są niezgodne z art. 87 ust. 1 traktatu Wspólnoty Europejskiej i jednocześnie naruszają ustawę z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej. Myślę, że Komisja Europejska w tym zakresie będzie miała szansę się wypowiedzieć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję bardzo. W związku ze sprawami… Może mógłbym się wypowiedzieć. Ponieważ sprawy organizacyjne, a więc dostępność sali, jak i zbliżające się głosowania na sali plenarnej, obligują nas do przejścia na tamtą salę, muszę dyskusję zakończyć.

W związku z tym, zamykam dyskusję i proponuję przyjęcie opinii Komisji w sprawie przedłożonego wniosku w następującym brzmieniu: „Komisja Zdrowia, do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 rok, uchwalona na posiedzeniu w dniu 16 maja 2019 r.

Komisja Zdrowia, na posiedzeniu w dniu 16 maja 2019 r., rozpatrzyła wniosek Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 maja 2019 r., dotyczący projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 rok. Komisja Zdrowia,

na podstawie art. 124 ust. 1-2, w związku z art. 121 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozytywnie opiniuje projekt zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 rok, przedstawiony we wniosku".

Czy jest sprzeciw wobec przyjęcia projektu opinii w przedstawionym brzmieniu? Tak. W związku z tym, przystępujemy do głosowania. Czy sekretariat jest gotowy do głosowania? Czy państwo posłowie są przygotowani do głosowania? Nie wszyscy, jak widać. Już możemy.

Kto z państwa jest za przyjęciem opinii? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję. Proszę o podanie wyników głosowania.

Za 13, przeciw 1, wstrzymały się 2 osoby. W związku z tym, opinia została przyjęta.

Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia. Dziękuję państwu uprzejmie.